

# A SAÚDE NO BRASIL: NOVOS TEMPOS E VELHOS PROBLEMAS

Mercedes Rabelo \*

*"No verão tem dengue, no inverno tem meningite;  
se há enchente, tem leptospirose, logo vai ter cóle-  
ra. E o ano todo tem fraude."*

Sérgio Arouca

São bastante controvertidas as preocupações do Governo Federal e o conjunto de suas atitudes quando se coloca em foco a melhoria da qualidade de vida dos brasileiros. Ao mesmo tempo em que gesta uma profunda reforma administrativa — iniciada em 1986 — com vistas à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), também promove um decidido achatamento salarial, inserido num contexto de recessão e desemprego.

Na tentativa de compreensão da sua lógica interna, pode-se perceber que há, neste Governo, a manutenção de características já históricas do Estado brasileiro. De um lado, o momento de redemocratização por que passa a sociedade não encontra espaço para sua expansão no âmbito da estrutura do Estado. Ao contrário, o Governo Federal tem apresentado como tônica de sua atuação a centralização do poder de Estado, sendo reprimida ou dificultada a co-participação dos estados e dos municípios. É o caso, por exemplo, das inúmeras desigualdades regionais, aprofundadas em decorrência do acesso diferenciado às políticas públicas e às benesses do poder central.

De outro lado, o Estado tem sido o grande promotor do desenvolvimento das forças produtivas: subsidiando a produção agrícola e a industrial no que se refere a créditos e a matérias-primas; utilizando toda sorte de incentivos e, também, autorizando isenções fiscais que, ao final, nada mais são que a transferência do capital público ao privado. Acrescente-se ainda os subsídios indiretos que se realizam através da venda de produtos de empresas estatais a preços abaixo do mercado à indústria (tal é o caso da nafta da PETROBRÁS às indústrias petroquímicas).

---

\* Socióloga da FEE.

A autora agradece a leitura atenciosa e a crítica da Médica Geral Comunitária Dra. Neice Müller.

Paralelamente, os programas sociais do Governo Federal vêm se arrastando, bem próximos à falência. O crescente desemprego e o agigantamento da economia informal, que hoje já estaria absorvendo mais de 50% da PEA e a metade do PIB (Santos, 1990, p.10), são elementos responsáveis pela queda da arrecadação, quadro agravado por práticas de sonegação e de fraude (ver o recente escândalo da Previdência Social). "Ora, a acumulação do capital nas atividades econômicas sempre dominou os destinos do Tesouro, ficando as sobras aos programas sociais (...)" (Santos, 1990, p.7). É o caso do setor saúde, cuja participação no PIB não ultrapassa 3%, embora faça parte do discurso do Presidente Collor o objetivo de que a esse setor venha caber 10% do PIB até o final do seu mandato. Contudo, se não forem reavaliadas as modalidades de transferências de recursos e promovida uma reforma tributária, pouco ou nada desse valor repercutirá de fato na área da saúde.

No setor saúde, a ênfase da atuação tem se limitado à expansão da rede básica, e o SUS, que é parte das reivindicações dos profissionais da área desde a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), encontra-se em fase de estruturação e de implantação nos estados.

Alvo de discussões em inúmeros fóruns de debate no interior da sociedade civil, a implantação do SUS vem enfrentando dificuldades de todo tipo e a resistência de vários grupos, particularmente aqueles comprometidos com a medicina privada no País.

Em primeiro lugar, o centralismo do Governo Federal está se fazendo sentir através dos vetos do Presidente à Lei Orgânica de Saúde, aprovada pelo Congresso Nacional, em agosto de 1990. Entre outros, Collor vetou o repasse automático dos recursos do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e o caráter deliberativo das Conferências e dos Conselhos Nacionais de Saúde (Merhy, 1990). A centralização decisória já é marca do processo na medida em que deixa à margem os técnicos das secretarias municipais, estaduais e até mesmo federais, os técnicos em planejamento e o Legislativo.

Em segundo lugar, não houve ainda a estruturação adequada do Sistema em termos da definição de competências em cada nível governamental. Quando da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (1983) e do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS) (1987), houve o mesmo problema. O grau de autonomia apropriado a cada nível e as relações de intercâmbio a serem estabelecidas são prerrogativas "sine qua non" para a organização de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, abandonando a ênfase restrita à atenção primária.

Finalmente, há que se criar formas de garantir o repasse financeiro, evitando que se repitam aqueles casos em que houve aplicação financeira e desvios dos recursos ou, ainda, aquisição e alocação de equipamentos hospitalares caríssimos, cuja complexidade não corresponde a critérios de prioridade e às necessidades da maioria da população. A efetiva participação da sociedade civil pode exercer esse controle.

Entretanto, tendo em vista o caráter contraditório das políticas sociais, já que surgem da negociação de demandas da população e do capital, é necessário partir para uma avaliação que dê conta dos resultados, em anos recentes, da atuação do Estado na intermediação desse conflito básico.

É fato corrente na imprensa do País a dramática situação sanitária a que está submetida nossa população, fato que vem acarretando sua exposição a uma série de doenças infecciosas e parasitárias, todas evitáveis desde que haja planejamento e ação a nível preventivo no âmbito da saúde pública.

Nosso imenso território dá espaço, sem dúvida, para a proliferação de padrões de vida absolutamente distintos quanto à sua qualidade, e é precisamente nessa heterogeneidade que vão se expressar os efeitos perversos da concentração da renda e das recentes políticas sociais. Estas, de uma maneira geral, têm contribuído muito pouco para uma efetiva melhoria com relação tanto às condições de habitação, como aos padrões de "morbi-mortalidade", aos níveis de desemprego, etc.

A distribuição dos investimentos realizados em saneamento em cada uma das regiões do País demonstra uma tendência ao incremento dessa desigualdade.

O desenvolvimento no sentido da industrialização que se processou no Brasil se reflete na configuração de um determinado padrão urbano, decorrente, por sua vez, de um acentuado processo de urbanização ocorrido nas últimas décadas. A proporção que a população urbana representa no total da população vem assumindo, a cada novo censo, uma importância maior. Em 1980, 68% da população residia em núcleos urbanos, contra 56% em 1970 e 45% em 1960. A ocorrência a esses centros não foi contemplada, contudo, com um suficiente suprimento de equipamentos e de serviços públicos, ainda que tradicionalmente as áreas rurais se apresentem em situação bem mais precária.

É o caso, por exemplo, da infra-estrutura sanitária que, em 1984, apresentava a seguinte distribuição por regiões: na Região Nordeste,

60% da população não era servida por água; na Norte, 56; na Centro-Oeste, 46%; na Sul, 42%; e na Região Sudeste, 26%. Em relação ao esgotamento sanitário, 94% da população da Região Nordeste não possuía esse serviço; na Norte, 98%; na Centro-Oeste, 78%; na Sul, 89%; e na Sudeste, 55% (Costa, 1990, p.53-4). Essa situação sanitária, que, como se vê, é bastante deficiente, oferece um campo fértil à proliferação de diversas doenças transmissíveis, tendo em vista, sempre, a subnutrição endêmica que assola este País: 64% da população está em situação de subnutrição (Minayo, 1986). Ao mesmo tempo, o "deficit" habitacional já atinge a marca de 11 milhões de moradias (Santos, 1990, p.7).

Tabela 1

Distribuição percentual da população, dos investimentos realizados em abastecimento da água e do esgoto sanitário por região

DISCRIMINAÇÃO	POPULAÇÃO EM 1980	INVESTIMENTO EM ABASTECIMENTO DE ÁGUA EM 1968-84	INVESTIMENTOS EM ESGOTO SANITÁRIO EM 1970-84
Norte .....	4,9	2,7	0,6
Nordeste .....	29,3	26,6	11,6
Sudeste .....	43,5	57,3	75,6
Sul .....	16,0	10,4	10,9
Centro-Oeste ..	6,3	3,0	1,3

FONTE: MINAYO, Maria Cecília S. org. (1986). **Saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, FASE.

Ampliando um pouco a abordagem, de forma a abarcar outros indicadores sociais, podemos dizer com relação à renda que, segundo as PNADs de 1983, 47,5% da PEA detinham rendimento mensal de zero a um salário mínimo e que 82% ganhavam de zero a três salários mínimos (Minayo, 1986, p.11). O Brasil, apesar de ser a oitava potência capitalista do

Mundo, possui a pior distribuição de renda: os 10% mais pobres detêm 0,6% da renda nacional, enquanto os 10% mais ricos se apropriam de 53,2% (FSP, 14.11.90). A concentração da renda encontra paralelo no diferenciado acesso à posse da terra, quando 10% do total de proprietários rurais possuem 80% das terras do Brasil (Minayo, 1986).

As estimativas referentes ao desemprego revelam que existem, atualmente, mais de três milhões de desempregados no País, que, ao tentarem responder às suas necessidades básicas, lançam mão de estratégias alternativas ao seguro-desemprego, muitas vezes através da marginalização social.

Como decorrência desse quadro, o Brasil detém junto à Organização Mundial da Saúde o título de campeão mundial de casos de esquistossomose e de doença de Chagas e é o segundo país no Mundo em incidência de hanseníase, sendo superado apenas pela Índia.

Além disso, sanitaristas brasileiros têm, repetidamente, alertado para o ressurgimento de doenças já erradicadas do País. Essa situação, inclusive, já é do conhecimento das autoridades, conforme diz o Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, José Pinotti, "(...) a volta de certas doenças se deve à pobreza, à falta de prioridade para a saúde e à existência de um sistema de saúde mal organizado" (FSP, 9.1.91).

A distribuição das doenças endêmicas no nosso território é assustadora. Calcula-se que haja, especialmente no Nordeste, seis milhões de casos de esquistossomose, 25.000 novos casos/ano de hanseníase, o reaparecimento da poliomielite, etc. (FSP, 9.1.91). Nas Regiões Norte e Centro-Oeste, encontram-se malária (500.000 casos/ano), febre amarela, hanseníase, tuberculose, etc. A Região Sudeste acrescentou à alta concentração de doença de Chagas (seis milhões) a dengue (um milhão) e a leptospirose, particularmente no Rio de Janeiro e São Paulo.

Mais recentemente, a presença de cólera em países vizinhos tem preocupado a todos, face à fragilidade de nossa rede sanitária, especialmente na fronteira Norte. Há suspeitas de casos de cólera em território brasileiro e, como disse o Ministro Alcení Guerra: "A cólera vem e para ficar" (FSP, 5.3.91).

Para fazer frente a esse quadro de miséria social, acaba se tornando crucial uma ampla disponibilidade da infra-estrutura médico-hospitalar. Contudo nossa constatação é que, além das incongruências já expostas do Sistema de Saúde, o número de leitos hospitalares/1.000 habitantes tem decrescido rapidamente, em todas as regiões metropolitanas:

Tabela 2

Número de leitos por 1.000 habitantes em algumas  
regiões metropolitanas — 1980 e 1987

DISCRIMINAÇÃO	1980	1987
Belém .....	4,2	2,7
Fortaleza .....	6,1	4,4
Belo Horizonte .....	6,9	4,3
Rio de Janeiro .....	6,8	5,0
São Paulo .....	4,7	3,1
Porto Alegre .....	7,0	4,3

FONTE: IBGE.

Paralelamente, observa-se o fato de que inúmeros hospitais vêm cobrando taxas à população para só então procederem ao atendimento. A imprensa relata diariamente casos de "cobrança por hora" tanto por parte de hospitais quanto dos médicos, sendo tal procedimento responsável por numerosas mortes.

Enfim, a par de toda sorte de avarias do Sistema, a efetiva implantação da reforma sanitária brasileira ainda está distante, e a reflexão e a coragem deverão sustentar, com muita garra, a IX Conferência Nacional de Saúde a se realizar em julho, em Brasília. Tendo em vista a gravidade dos problemas de saúde a enfrentar, a implantação e consolidação do SUS, objetivo básico da Conferência, é desafio para a sociedade como um todo, que, através de seus representantes, políticos, especialistas da saúde e movimentos sociais, deverá participar amplamente dessa discussão.

## Bibliografia

COSTA, Nilson Rosário (1990). Infra-estrutura urbana, saneamento e qualidade de vida. Notas sobre política pública e desigualdade no Brasil. **Saúde em Debate**. São Paulo, CEBES, n.29. p.52-6.

ESCOREL, Sara & PAVUNA, Miguel Luiz (1990). Política Nacional de Saúde 1990/1994: "o jogo da amarelinha?" **Saúde em Debate**. São Paulo, CEBES, n.29. p.15-7.

FOLHA DE SÃO PAULO (14.11.90). São Paulo. p.A-1.

\_\_\_ (9.1.91). São Paulo. p.C-1.

\_\_\_ (5.3.91). São Paulo. p.1-9.

MERHY, Emerson (1990). A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**. São Paulo, CEBES, n.29. p.8-9.

MINAYO, Maria Cecília S. org. (1986). **Saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro, FASE.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos (1989). O dilema "estatista". **Saúde em Debate**. São Paulo, CEBES, n.27. p.18-22, dez.

\_\_\_ (1990). O dilema estatista II: como é forjado o espaço político das políticas públicas com exemplos da área da saúde. **Saúde em Debate**. São Paulo, CEBES, n.28. p.5-15, mar.